



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2008

Gesundheit fordern und fördern. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik

Hünersdorf, B ; Huber, S

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-6899>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Hünersdorf, B; Huber, S (2008). Gesundheit fordern und fördern. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik. SozialAktuell, 2008(7/8):16-20.

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik

Gesundheit fordern und fördern

Gesundheit spielt in der Geschichte der Sozialen Arbeit als Profession eine zentrale Rolle. Auch heute ist das Potenzial Sozialer Arbeit durch die neuen Gesundheitsbewegungen gefordert. Dabei muss sie reflektieren, dass mit der Thematisierung von Gesundheit auch normierende und individualisierende Vorstellungen bezüglich der « rationalen » Förderung der eigenen Gesundheit transportiert werden.

*Text: Bettina Hünersdorf, Sven Huber**

In den letzten Jahren bekommt das Thema Gesundheit Rückenwind. Themen wie Rauchen, Drogen, Bewegung und Ernährung haben politisch insbesondere in der Schweiz deutlich an Gewicht gewonnen und weisen eine hohe mediale Präsenz auf (zuletzt: „Die Schweiz wird immer dicker“). Dieses wachsende Interesse an Gesundheit spiegelt sich im Bereich der Sozialen Arbeit wider. Es ist ein zunehmendes Angebot von und eine steigende Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Aus- und Weiterbildungen zu beobachten, die darauf zielen, die Nachfrage nach Fachkräften der Sozialen Arbeit in gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern zu befriedigen.

Nach einem anfänglich theoretisch-systematischen Blick auf das Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheit ist in den letzten Jahren eine deutlich anwendungsorientierte Ausrichtung auf das Themenfeld zu attestieren. Auch ist zu beobachten, dass im Kontext von Public Health die Soziale Arbeit als Bezugswissenschaft nicht explizit auftaucht, jedoch Kooperationen sehr wohl gesucht werden, wenn es um das Praktisch-Werden von Gesundheits- und Präventionskonzepten geht.

Ambivalentes Verhältnis der Sozialen Arbeit zur Gesundheit

In der Sozialen Arbeit selbst sind sowohl historische als auch empirische Untersuchungen, die über eine Evaluationsforschung hinausgehen, eher selten. Lediglich in der Klinischen Sozialarbeit lässt sich mit der Einführung entsprechender MA-Studiengänge, der Herausgabe der Zeitschrift «Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung» sowie der vom IPSG (Institut für Psycho-Soziale Gesundheit) herausgegebenen Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit der Versuch erkennen, das Thema Gesundheit auch disziplinär deutlicher zu verankern. In diesem Kontext wird weiterhin die enge Verknüpfung von sozialen und gesundheitlichen Problemen in den Blick genommen.

Gleichwohl ist das Verhältnis der Sozialen Arbeit zur Gesundheit ambivalent. So gibt es – neben den Diskussionen in der Klinischen Sozialarbeit über die Fragen: Wie viel Spezialisierung kann die Soziale Arbeit verkraften? Soll es, analog zum Facharztmodell, eine Fachsozialarbeit geben? – virulente Besorgnis über eine potentielle Unterordnung dieses Arbeitsbereichs unter das Medizinsystem sowie über die wachsende Zahl konkurrierender Gesundheitsberufe. Vor diesem Hintergrund stellen sich die Fragen, wie Soziale Arbeit das Thema Gesundheit aufgreift, welche Diskurse hier geführt werden, welche Möglichkeiten der gesundheitspezifischen Profilschärfung bestehen und welche Möglichkeiten und Dilemmata sich für die Soziale Arbeit ergeben.

Aus diesem Grunde erscheint es an dieser Stelle sinnvoll, zunächst einen kurzen, eher skizzenhaften Blick auf die Anfänge der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zu werfen, da hier der auch heute im disziplinären Diskurs vorherrschende enge Zusammenhang von Gesundheit, sozialer Ungleichheit und Sozialer Arbeit deutlich wird.

Wurzeln gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Zentrale Wurzeln der Sozialen Arbeit liegen in der Gesundheits- und Armenfürsorge am Ende des 19. Jahrhunderts, der Zeit also, in der sich Gesundheit als soziales Problem und sozialer Wert herauskristallisierte. Die mit der Industrialisierung einhergehenden problematischen Lebensverhältnisse wurden als Ursachen für Krankheiten erkannt (vgl. Sachsse 1994, S. 23), welche Auswirkungen sowohl auf die Arbeitsfähigkeit als auch auf die militärische Tauglichkeit hatten. Dadurch wurde vor allem das nationale Interesse bedroht, sich gegenüber den anderen Ländern als leistungsfähig zu erweisen.

Folglich reüssierte Gesundheit zum Leitmotiv der sozialen Reform, die (Sozial-)Hygiene zur Leitwissenschaft der kommunalpolitischen Praxis und Sauberkeit zu einem nationalen Wert. Soziale Arbeit fokussierte und propagierte dabei die Zusammenhänge zwischen einer sozialhygienisch orientierten Gesundheitsförderung und den sozialen Problemen. Sie bekam die Funktion zugewiesen, durch Gesundheitserziehung und -beratung sowohl zur sozialen Integration von Personen mit chronischen Krankheiten – wie zum Beispiel Suchtkrankheiten, psychische oder psycho-somatische Krankheiten –, als auch zur sozialen Integration von gesundheitsgefährdeten Gruppen, wie Armen, Schwangeren, Kleinkindern etc. beizutragen. Dadurch entwickelte sich neben der Armen- und Jugendfürsorge der Bereich der Gesundheitsfürsorge (vgl. Homfeldt/Sting 2006, S. 10).

Mit der individuenbezogenen Form der Intervention und Prävention der Gesundheitsfürsorge gingen am Anfang des 20. Jahrhunderts städtebauliche Reformmassnahmen einher, die die strukturellen Ursachen von Krankheit bekämpften. Im Rahmen dieser Entwicklung gingen Verhaltens- und Verhältnisprävention Hand in Hand, um eine

Nation gesunder, arbeitsfähiger Bürger zu ermöglichen.

Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat

Gesundheit zu fördern, um gesellschaftliche Integration zu ermöglichen, ist auch heute noch die Funktion Sozialer Arbeit. Allerdings haben sich die Rahmenbedingungen im Vergleich zu früher geändert. Während am Ende des 19. Jahrhunderts und im Laufe des 20. Jahrhunderts der Ausbau der Gesundheitsfürsorge mit einer umfassenden Verhältnisprävention einherging, stehen heute primär der Abbau sozialstaatlich-biografischer Risikoabsicherungen und damit Formen des aktivierenden Sozialstaats im Vordergrund, was zu einer zunehmenden Individualisierung von Gesundheitsfragen führt. Damit zielt Gesundheitsförderung dann allzu häufig doch nur auf die Veränderung von Verhaltensweisen bzw. Verhaltensprävention ab. Auf dem Hintergrund der postulierten Gefahr, dass Personen dauerhaft die Sozialversicherungen belasten und dadurch auf Kosten des Gemeinwohls leben, werden Reformen wie zum Beispiel im Kontext der IV-Versicherung durchgeführt, die darauf abzielen, dass Gesundheit gefördert und gefordert werden soll. Prävention wird damit „...zur neuen normativen und mehr und mehr auch zur rechtlichen Verpflichtung des Bürgers, sich um seine Gesundheitserhaltung zu bemühen“ (Hanses 2007, 115).

Damit die Gesundheitskosten nicht weiterhin in die Höhe steigen, werden Kinder, Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen in die Pflicht genommen, aktiv für ihre Gesundheit zu sorgen. Aufbauend auf einem positiven Gesundheitsbegriff (Salutogenese) werden die Möglichkeiten für die Herstellung von Gesundheit sowie die Verantwortung für Krankheit in die Hände der Betroffenen delegiert. Aus dieser Perspektive erscheint Krankheit dann als Zeichen für das Versäumnis, sich selbstverantwortlich um seine Gesundheit zu sorgen (vgl. Dollinger 2006, 185). Gesundheit wird somit entgrenzt, womit es weniger um Gesundheit geht, sondern vielmehr, um es mit Zygmunt Bauman (2003) zu sagen, um Fitness, um eine entgrenzte Gesundheitsvorsorge also, die „fortlaufend, nie voll befriedigend, unsicher in bezug auf die Richtung, in der gehandelt wird, und angsterzeugend“ (ebd., 96) ist.

Disziplinierungsarbeit statt Förderung von Selbstbestimmung

Diese Form der Entgrenzung hat wenig mit dem seit der Ottawa Charta (WHO) 1986 etablierten Verständnis von Gesundheit zu tun, da in dieser von der WHO deutlich die sozialstrukturellen Bedingungen von Gesundheit sowie das Ziel einer höheren Selbstbestimmung betont wurden. Die kurz skizzierten individualisierenden Zuschreibungsprozesse von Verantwortung haben allerdings nichts mit dieser Idee der Selbstbestimmung gemein, und exemplarische Analysen, beispielsweise der viel diskutierten „Rauchfreiheitspolitiken“, zeigen auch konkret, dass es sehr viel stärker um Disziplinierungs-Arbeit als um die Förderung von Selbstbestimmung und gesundheitsbezogenen Entscheidungsfreiheiten geht (vgl. Schmidt-Semisch 2007).

Der Hintergrund der Betonung der Wichtigkeit sozialstruktureller Elemente für die Gesundheitsförderung war der empirische Nachweis, dass soziale Ungleichheiten entscheidend zur Entstehung von Krankheiten (heute v.a. Multimorbidität und psychosomatische Erkrankungen) beitragen, wobei es nicht nur auf die absolute materielle Verelendung ankommt, sondern gerade auch auf die relative soziale Benachteiligung. Sozialepidemiologische Studien konnten zum Beispiel für Herz-Kreislaufkrankheiten nachweisen, dass alle gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen zusammengefasst statistisch nur etwas 25 Prozent der Vulnerabilität für Herz-Kreislauf Krankheiten ausmachen (vgl. Marmot 1996, 190). Ausschlaggebend ist dabei der soziale Gradient, also das soziale Gefälle von Krankheitshäufigkeit und frühzeitiger Sterblichkeit. In der Schweiz wurde für die Gruppe der un- und angelernten Beschäftigten und der leitenden Angestellten eine Differenz bezüglich der Lebenserwartung von 4,4 Jahren ermittelt (vgl. Siegrist 2003, 6).

Die soziale Dimension von Gesundheit

Präventionskampagnen der neuen Gesundheitsbewegungen, die unter dem Motto «Fördern und Fordern» veranstaltet werden, ignorieren häufig den sozialen Kontext, zum Beispiel Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Unterstützung etc., beziehungsweise betrachten ihn nur unter der Perspektive der Reduktion von gesundheitsschädlichen Gelegenheitsstrukturen, indem zum Beispiel in den Schulen von den (benachteiligten) SchülerInnen nur „gesunde“ Nahrungsmittel eingekauft werden dürfen. Dieser Tendenz zur „Fehlinterpretation“ von Gesundheitsförderung durch die Individualisierung und Responsibilisierung von Gesundheitsfragen muss die Soziale Arbeit entgegenreten, indem sie gesundheitsbezogene Benachteiligungen stärker politisiert als dies bisher der Fall ist. „Ohne gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und Ressourcenausstattungen tendiert die Aufforderung zu gesundheitlicher Eigenverantwortung zum Zynismus“ (Dollinger 2006, 187).

Darüber hinaus wird häufig vernachlässigt, dass vor allem jugendliches Risikoverhalten oder auch die Ablehnung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils nicht nur in einem mangelnden Wissen oder mangelnden Optionen für eine gesunde Lebensführung begründet liegt, sondern auch als Ausdruck der Abgrenzung gegen bürgerliche Mittelschichtnormen (vgl. Barlösius 1995, 307) oder, wie beim Drogenkonsum, als spezifischer Ausdruck von Jugendkultur bewertet werden kann.

Die entwicklungsbezogene Dimension von Gesundheit

Drogenkonsum von Jugendlichen hat häufig die Funktion der Problembewältigung, wenn gestörte Familienbeziehungen, problematische Erziehungsstile, Konkurrenzdruck in der Schule etc. zu konstatieren sind (vgl. Sting 1999, 492). Oft wird ignoriert, dass dieses Risikoverhalten vor allem eine entwicklungsbezogene, subjektiv-biografische Funktion hat. Nur bei zehn Prozent der Jugendlichen ist der Suchtmittelgebrauch problematisch. Bei den Restlichen handelt es sich vorwiegend um Experimentierverhalten oder um einen kontrollierten Konsum (vgl. ebd., 493).

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, Suchtprävention als Bildungsaufgabe zu verstehen, die die

Suchtproblematik in ihrem gesamten Entstehungsspektrum erfasst, also von der lebensweltbezogenen Problembewältigung über entwicklungsbezogenes Risikoverhalten bis hin zur Suchtkultur der Gesellschaft (vgl. ebd., 496). Dies ist allerdings im gegenwärtigen sozialpädagogischen Diskurs noch nicht hinreichend der Fall, denn die Entwicklungsfunktionalität eines Risikoverhaltens wird häufig nicht reflektiert. Die aktuellen Diskussionen kreisen dabei eher um einen tendenziell individualisierenden, ressourcenorientierten Kompetenzbegriff, der vor allem auf die Aktivierung der Selbstorganisation abhebt (vgl. Böhnisch/Schröer/Thiersch 2005, 204) und das Spannungsverhältnis zwischen Person und sozialer Umwelt weitgehend ausser Acht lässt.

Bildungs- und sozialpolitisch orientierte Gesundheitsförderung

Implizites Ziel einer bildungsorientierten, dieses Spannungsverhältnis reflektierenden Suchtprävention ist die Selbstbildung des Jugendlichen durch das Aufzeigen von Gestaltungsspielräumen (vgl. Sting 1999, 497). Konkret geht es um die Stärkung der Person durch das Finden funktionaler Äquivalente. Darüber hinaus wird eine Auseinandersetzung mit strukturellen und lebensweltbezogenen Rahmenbedingungen gefördert und Beschränkungen der eigenen Lebensgestaltung in den Blick genommen werden. Durch akzeptierende Drogenarbeit wird ein kontrollierter Konsum angestrebt, der zum Erwerb von Risikokompetenz beitragen soll. Dabei geht es um social empowerment/support, welches auch geschlechtsspezifische und milieuspezifische Sichtweisen berücksichtigt. (vgl. Sting 1999: 497).

Fazit

Betrachtet man die zunehmenden sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten sowie den Umstand, dass die neuen gesundheitsspezifischen Problemlagen insbesondere dem sozialen Bereich zuzuordnen sind, wird die Relevanz der Sozialen Arbeit für die fast notwendig interdisziplinäre Gesundheitsarbeit überdeutlich. Die sich damit verbindenden Chancen, zum Beispiel auf dem Arbeitsmarkt, in der Forschung oder der Entwicklung, gilt es gegenüber der Gefahr zu verteidigen, dass sich Soziale Arbeit von einer individualisierenden und aktivierenden Sozialpolitik instrumentalisiert lässt, und somit zur Verschärfung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten sowie zur Stigmatisierung derjenigen, die ihrer „Gesundheitsverantwortung“ nicht nachkommen können, beiträgt. Eine stärkere Politisierung der genannten sozialen Ungleichheiten scheint in diesem Zusammenhang unumgänglich und ist Voraussetzung für sozialpädagogische Konzepte der Gesundheitsförderung, die sich auf soziale Teilhabe und social empowerment/support beziehen.

** Bettina Hünersdorf vertritt derzeit die Professur für Sozialpädagogik an der Universität der Bundeswehr in München und ist Oberassistentin am Pädagogischen Institut der Universität Zürich*

** Sven Huber ist wissenschaftlicher Assistent am Pädagogischen Institut der Universität Zürich*

Bibliografie

Bauman, Z. (2003): Flüchtige Moderne. Frankfurt.

Barlösius, E. (1995): Lebensstilanalyse und arme Lebenssituationen. In: Barlösius, E./Feichtinger, E./Köhler, B.M. (Hrsg.) (1995): Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik. Berlin, S. 306 – 327.

Böhnisch, L./Schröer, W./Thiersch, H. (2005): Sozialpädagogisches Denken. Wege zu einer Neubestimmung. Weinheim.

Dollinger, B. (2006): Salutogenese. Macht über die eigene Gesundheit? In: Dollinger, B./Raithel, J. (Hrsg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. Wiesbaden, S. 173-190.

Hanses, A. (2007): Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In: Homfeldt, H.G. (Hrsg.): Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten. Hohengehren, S. 113-123.

Homfeldt, H.G./Steigleder, S. (2007): Gesundheitspotentiale fördern – Gestaltungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zwischen aktivierendem Sozialstaat und zivilgesellschaftlicher Entwicklung. Weinheim, S. 155-165.

Homfeldt, Hans-Günter/Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. In: München.

Marmot, M. (1996): Das gesellschaftliche Muster von Gesundheit und Krankheit, In: Kaiser, G. /Siegrist, J./Rosenfeld, E./Wetzel-Vandai, K. (Hrsg.): Die Zukunft der Medizin. Neue Wege zur Gesundheit? Frankfurt a. Main, S. 392 – 413.

Sachsse, C. (1994): Mütterlichkeit als Beruf. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Schmidt-Semisch, H. (2007): Gesundheitsförderung als soziale Kontrolle oder: Ausschlussprozesse (noch) jenseits des Strafrechts. In: Kriminologisches Journal, Heft 01/07, S. 14-25

Siegrist, J. (2003): Soziale Ungleichheit im Bereich von Gesundheit und Krankheit: Wie ist sie zu erklären und wie zu verändern? In: Managed Care, Heft 05/03.

Sting, S. (1999): Suchtprävention als Bildungsaufgabe. Neue Praxis (29), H. 5, S. 490-499.

